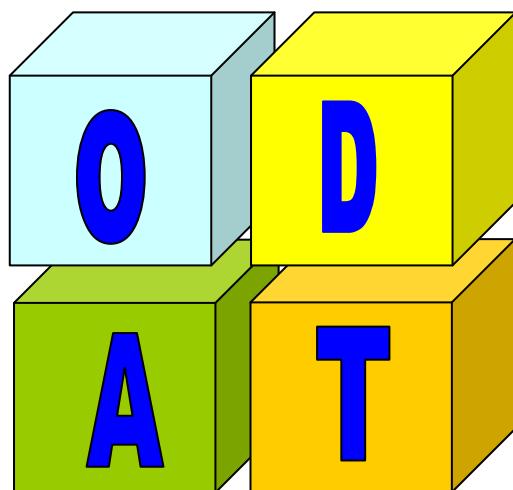
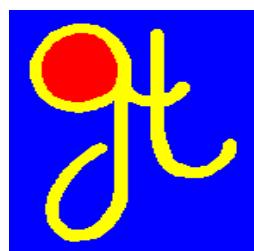


# Nivel III de la ODAT: Intervención en Atención Temprana



**Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de  
Atención Temprana**

**GAT**



*Real Patronato sobre Discapacidad*



# **Nivel III de la ODAT:**

## **Intervención en Atención Temprana**

**Autores:**

Coordinación:

Juan Carlos Belda Oriola

Grupo de Trabajo:

Jose Cardama Barrientos  
Juan Fernández Alarcón  
Emilio Jose García-Miranda  
Antonia Márquez Luque  
Yolanda Sánchez Fernández  
Herminia Reina Ferragut

EDITA: Real Patronato sobre Discapacidad

CUIDADO DE LA EDICIÓN Y DISTRIBUCIÓN: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad del Real Patronato. Serrano, 140. 28006 Madrid.

Tel. 917452449

[cedd@cedd.net](mailto:cedd@cedd.net) – [www.cedd.net](http://www.cedd.net)

# Índice

	Página
<b>Presentación.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Justificación del Nivel III de la ODAT.....</b>	<b>7</b>
<b>3. El diagnóstico en Atención Temprana.....</b>	<b>9</b>
<b>4. La programación en AT.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Los objetivos de la ODAT.....</b>	<b>16</b>
<b>6. Análisis DAFO aplicado a la ODAT.....</b>	<b>22</b>
<b>7. Estructura del Nivel III de la intervención.....</b>	<b>28</b>
<b>8. Descripción del Nivel III de la intervención.....</b>	<b>30</b>
<b>9. Bibliografía.....</b>	<b>45</b>

## ANEXOS

<b>I.-Tabla Nivel III.....</b>	<b>46</b>
<b>II.- Glosario.....</b>	<b>47</b>
<b>III.- Tabla ODAT completa.....</b>	<b>54</b>

## **Presentación**

La Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT) nació a partir de la necesidad de muchos profesionales de los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) de nuestro país. Esta necesidad se concretaba en la unificación y utilización de una única herramienta para poder diagnosticar los trastornos que presentan los niños que estamos atendiendo en nuestros centros, las características de la familia y de su entorno con el objetivo de conocer a nivel global que características tiene la población atendida.

Reconocemos que la población susceptible de ser atendida en AT es muy heterogénea y que el desarrollo físico y psicológico en estas primeras edades evoluciona a un ritmo acelerado y está muy relacionado con las circunstancias que rodean al niño, su familia y el entorno en donde está inmerso. Por todas estas circunstancias consideramos que un diagnóstico no ha de suponer una etiqueta que define al niño de forma inequívoca y definitiva, sino un lenguaje que nos ayuda a entender y comunicar a otros su momento evolutivo.

La creación de la ODAT en sus primeros niveles I y II, ha supuesto un gran esfuerzo para todos los que participaron en su creación, pero también está suponiendo una gran satisfacción para todo el GAT la gran acogida que ha tenido en el ámbito de la Atención Temprana en nuestro país y también fuera de él.

En estos momentos nos sentimos complacidos de haber podido llegar a finalizar este trabajo con la incorporación del Nivel III de la intervención en AT. Para la elaboración de este tercer nivel hemos contado al igual que en las anteriores etapas con la ayuda institucional del Real Patronato sobre Discapacidad.

El objetivo de este tercer nivel, que sigue los mismos ejes que los anteriores apartados, es evaluar las necesidades que va a presentar el niño, la familia y el entorno. Dependiendo de estas necesidades, el profesional que le está atendiendo podrá planificar y formular los objetivos y el tipo de intervención que el caso va a necesitar.

**Fátima Pegenauta**  
Presidenta de la  
Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales  
de Atención Temprana - GAT

## 1.- Introducción

La Organización Diagnóstica para la Atención Temprana (ODAT), se inició como un proyecto para subsanar la necesidad de disponer de una clasificación diagnóstica que realmente incluyera toda la amplia gama de demandas de atención que se están recibiendo en los Centros de Atención Temprana. El trabajo empezó desde una postura ecléctica, con el fin de recoger en una sola clasificación el contenido de las distintas taxonomías diagnósticas al uso sobre trastornos infantiles. Finalmente se ha conseguido una estructura que recoge los factores de riesgo, los trastornos y las intervenciones, pero que además trasciende su objetivo inicial y adquiere la capacidad para convertirse en un instrumento para la Gestión de la Información en Atención Temprana. La ODAT surge en un momento álgido de participación y colaboración tanto a nivel nacional como en el ámbito interprofesional, facilitado por la elaboración del Libro Blanco de la Atención Temprana en el seno de la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT).

Desde su primera edición en noviembre de 2004, la ODAT tenía pendiente la elaboración del Tercer Nivel sobre la Intervención en Atención Temprana (en adelante AT), ya que hace referencia a los recursos existentes y a los apoyos que se establecen para atender las necesidades detectadas en el diagnóstico. La necesidad de elaborar este tercer nivel se ha ido haciendo más patente a medida que avanzaba el proceso de presentaciones autonómicas de los Niveles I y II, sobre los Factores de Riesgo y los Trastornos en el Desarrollo. Recuperando las ideas iniciales y complementándolas con aportaciones de los últimos documentos publicados sobre AT, se ha confeccionado la presente propuesta sobre el contenido del Nivel III. Se trata de una propuesta novedosa y por lo tanto arriesgada; al no contar con precedentes nos hemos guiado por los contenidos del Libro Blanco de la Atención Temprana, en especial en el proceso de detección, diagnóstico e intervención.

Si tuviéramos que dar una definición de esta ODAT completa, es decir, con los tres niveles, podríamos afirmar que se trata de "un vehículo de síntesis que reúne los requisitos básicos para la gestión de la información, referida a los factores de riesgo, a los trastornos, los recursos, las necesidades y los apoyos, organizados a partir del niño, la familia o su entorno".

La elaboración de la ODAT en su conjunto está pensada para facilitar el establecimiento de los canales de coordinación que posibiliten una planificación eficaz y sirvan de cauce para la transferencia de la información. Canales a nivel interinstitucional e intra institucional que abarquen desde los ministerios implicados, a las consejerías de las comunidades autónomas, a las administraciones locales, a las organizaciones de los usuarios y a los propios profesionales que tienen a su cargo la atención del niño y su familia, en un entorno determinado y específico. Así pues, la ODAT está diseñada para un uso

generalizado, que además facilite la comunicación entre los distintos escenarios en que se sitúa el niño. Desde el hospital en donde nace, los servicios de Pediatría de Atención Primaria, la Escuela Infantil donde acude, etcétera. De hecho, aunque el núcleo de la AT se sitúe en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana a los que son derivados, o deberían serlo los niños con trastornos en su desarrollo o con riesgo de presentarlo, también forman parte de la AT las actuaciones dirigidas a estos niños desde las Unidades Neonatales, desde los Programas de Salud de Seguimiento del Niño, desde los Servicios de Pediatría, desde los Servicios de Rehabilitación, desde la Escuela Infantil, desde los Centros de Salud Mental Infantil, desde los Servicios Sociales de Base, los Servicios Sociales Especializados y un largo etcétera.

La publicación de la ODAT más que un punto de llegada ha de significar un punto de partida, sirviendo como modelo para su utilización en los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT de Servicios Sociales, Sanidad o Educación) para su mejora continua, mediante la recogida e intercambio de información tanto a nivel autonómico como estatal. Y puesto que tal y como se menciona en la cultura de calidad "lo que no se puede medir no existe", seamos capaces de medir y clasificar nuestro trabajo en AT a través de la ODAT. Cabe señalar que, al participar de la Cultura de Calidad, la ODAT está diseñada para poder actualizarse continuamente, es decir, ser capaz de adaptarse a un proceso de mejora continua. Por ello, el contenido de sus ejes podrá desarrollarse e incluso ser sustituido por nuevas taxonomías que aparezcan fruto de la investigación y que soporten el proceso de consenso inevitable para una homogeneización mínima y básica de los instrumentos utilizados.

La presentación de este proyecto incluye una justificación del desarrollo del nivel III mediante la descripción del proceso diagnóstico y la enumeración de los objetivos planteados para la ODAT en su conjunto. Se ha realizado una comparación entre el proceso de AT (Detección-Diagnóstico-Intervención), los apartados del análisis DAFO y los tres niveles de la ODAT en donde se constata la correspondencia exacta entre las tres estructuras.

Como resultado final tenemos el Nivel III de la Intervención que consta de tres ejes: Eje VII de la Intervención con el niño, Eje VIII de la Intervención con la familia, y Eje IX de la Intervención con el entorno. Cada eje se despliega en tres categorías: Recursos, Necesidades y Apoyos.

En la parte de Recursos se registran los "haberes", las fortalezas de que disponen tanto el niño, como sus padres y su entorno. Se establecen seis categorías subdivididas en recursos personales y materiales, con un total de veinticuatro elementos de recursos.

A partir de los factores de riesgo y/o de los trastornos y de los recursos disponibles hemos de ser capaces de delimitar aquellos déficits, que se agrupan en tres categorías de Necesidades, con un total de quince elementos de necesidades.

En la parte de Apoyos se describen los “deberes”, en el sentido de las prestaciones que va a contemplar el PIAT (Programa Individual de AT), es decir, los apoyos que se han programado destinar al niño, a su familia o a su entorno, con las vertientes personal y material, estableciendo seis categorías con quince elementos de apoyo.

## **2.- Justificación del Nivel III de la ODAT**

En el documento sobre “Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana”, elaborado por la Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de AT (en adelante GAT) y publicado por el Real Patronato sobre Discapacidad, se insiste y señala en el Capítulo 7 (sobre Desarrollo, requisitos de la asistencia y gestión del servicio) que la eficacia de la AT podría multiplicarse avanzando en la implantación e informatización de procedimientos formalizados, bases de datos y sistemas homologados de codificación como la ODAT, siempre respetando la Ley de Protección de Datos Personales. De aquí la importancia de elaborar de forma definitiva el Nivel III para completar la Organización Diagnóstica, entendiendo la ODAT como una herramienta que nos va a posibilitar el desarrollo de la AT en general.

Manteniendo la directriz propuesta en la ODAT de conformar un Conjunto Mínimo Básico de Datos para la AT, se propone un modelo de cuantificación sencilla pero, al mismo tiempo, de amplio espectro, capaz de recoger tanto las potencialidades como el tipo de las intervenciones que pueden aparecer en el contexto de la AT.

La ODAT es una aplicación práctica de los principios teóricos recogidos en el Libro Blanco de la Atención Temprana, por lo que se ha de retomar la definición de AT: “Es el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”. Es evidente la importancia que se le da en la propia definición a conceptos como intervenciones planificadas, equipo, niño, familia y entorno. Desde este punto de vista resulta inevitable realizar otro esfuerzo con el fin de disponer de un instrumento consensuado para poder registrar los recursos, las necesidades y los apoyos que se van a destinar a la intervención con el niño, su familia y su entorno.

Dunst (1985) define la AT como la provisión de apoyo a las familias de los niños por parte de los miembros de redes de apoyo social formal o informal que repercuten tanto directa como indirectamente en los padres, la familia y el funcionamiento del niño.

Trivette, Dunst y Deal (1997) desarrollan la idea de la AT como un enfoque basado en los recursos: Actualmente, las prácticas de la AT se entienden en gran medida en relación con las soluciones basadas en los servicios para responder a las necesidades del niño y de su familia. Esto es, los programas de AT generalmente establecen sus relaciones con los niños y sus familias en cuanto a los servicios particulares que ofrecen y a veces en los que se obtienen de otros programas. Esta forma de entender la práctica de la AT es

tanto limitada como limitadora, ya que no considera explícitamente el valor de las fuentes de apoyo, excepto los servicios profesionales formales. Por otro lado, un enfoque basado en los recursos para responder a las necesidades del niño y su familia es más amplio, porque se centra en la movilización de una variedad de apoyos de la comunidad.

Para Shonkoff y Meisels (2000), la AT consiste en los servicios multidisciplinares que se les ofrecen a los niños desde su nacimiento hasta los cinco años. Los principales objetivos son: fomentar la salud y el bienestar infantil, mejorar las competencias emergentes, reducir los retrasos evolutivos, remediar las discapacidades existentes o posibles, prevenir los deterioros funcionales, fomentar la paternidad responsable y sobre todo la funcionalidad familiar.

Así, Guralnick (2001) define la AT como un sistema diseñado para apoyar patrones familiares de interacción que mejor estimulen el desarrollo evolutivo del niño. El objetivo se centra en la transacción padres-hijo, en las experiencias infantiles establecidas en la familia y en la ayuda ofrecida a los padres para maximizar la salud y la seguridad de su hijo.

Blackman (2003) considera que el objetivo de la AT es prevenir o reducir las limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y de recursos de los niños con factores de riesgos biológicos o medioambientales. Este autor enfatiza el papel fundamental realizado por las familias como factor de éxito de la intervención.

En el "Informe resumen sobre Atención Temprana. Análisis de la situación en Europa. Aspectos clave y recomendaciones", coordinado por Victoria Soriano, de Eurolyd (2006), comprobamos que ya se ha realizado un estudio a nivel europeo sobre la importancia que se da a los recursos implicados e implementados en la AT. De este trabajo se han seleccionado algunas definiciones de AT para mostrar los distintos aspectos del enfoque ecológico-sistémico.

Como se puede observar, la idea central gira en torno a la provisión de recursos adecuados desde el CDIAT, de los recursos propios del niño y de su familia y los existentes en la comunidad.

En el marco del análisis realizado por la Agencia Europea, el grupo de expertos propuso la siguiente definición operativa de AT: "La Atención Temprana es un conjunto de intervenciones para niños pequeños y sus familias, ofrecidos previa petición, en un determinado momento de la vida de un niño, que abarca cualquier acción realizada cuando un niño necesita un apoyo especial para: asegurar y mejorar su evolución personal, reforzar las propias competencias de la familia y fomentar la inclusión social de la familia y el niño. Estas acciones deben ofrecerse en el entorno natural del niño, preferentemente cerca de su domicilio, bajo un enfoque de trabajo en equipo multidimensional y orientado a las familias".

### **3.- El diagnóstico en AT**

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debemos considerar tres niveles: funcional, sindrómico y etiológico.

El diagnóstico funcional constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas. El diagnóstico funcional es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.

El diagnóstico sindrómico está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome o cuadro sindrómico nos permite conocer cuáles son las estructuras (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y nos orienta sobre la etiología del mismo. El diagnóstico sindrómico orienta hacia los ámbitos sobre los que debemos obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominante orgánica o ambiental.

El diagnóstico etiológico es el que nos informa sobre las causas, bien de carácter biológico o bien psico-social, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado.

En todos los casos intentaremos establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un enfoque amplio que considere los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general. A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro autista y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos intentaremos establecer un diagnóstico de presunción. Delimitar la etiología orgánica precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios adecuados a las hipótesis diagnósticas, si bien es importante considerar que la normalidad de dichos exámenes no indica la ausencia de una base orgánica del trastorno. Definir la etiología relacional cuando ésta se sitúa en las condiciones del entorno requerirá un adecuado conocimiento de las condiciones sociales, vinculaciones tempranas, organización y expectativas familiares, etc.

El diagnóstico funcional constituye la base imprescindible para una planificación terapéutica; los diagnósticos sindrómico y etiológico permiten facilitar información biomédica a la familia y en algún caso un tratamiento específico. El seguimiento evolutivo es fundamental para poder llegar a confirmar las hipótesis diagnósticas iniciales.

Si seguimos las recomendaciones que se recogen en el "Informe resumen sobre Atención Temprana", coordinado por Victoria Soriano, debemos considerar el diagnóstico como un proceso evaluador que debe realizarse tan pronto como se detecte el problema y que debe determinar el tipo de intervención necesaria de forma dinámica, junto con la familia. La diagnosis es parte de este proceso evaluador y se elabora principalmente en el comienzo del proceso de AT. La evaluación de necesidades se centra en la situación del niño y la familia en un momento específico para saber sus necesidades y puntos fuertes. Como la situación puede cambiar, la evaluación tiene que ser permanentemente revisada. Los resultados del diagnóstico no deben entenderse como estáticos o permanentes. Esto puede afectar a las expectativas y percepciones de los profesionales y las familias. Ayuda a formular objetivos, a planificar y determinar el tipo de intervención necesaria que va a ser evaluada después. Los resultados de la evaluación podrán concluir el proceso o requerir que se proceda a una nueva fase de evaluación de las necesidades/diagnóstico. Es necesario destacar aquí que la participación de las familias es fundamental. Ellas juegan un papel activo durante todo el proceso.

Se remarca insistenteamente la idea de que es importante asegurar que todos los pasos del proceso se completen sin fisuras. Guralnick (2001) identifica el diagnóstico (comprehensivo, interdisciplinario) como un componente vital del modelo evolutivo que permitirá a los profesionales obtener información esencial sobre los niños con problemas detectados o previsibles y que facilitará la planificación de programas futuros y recomendaciones. Guralnick aconseja a los profesionales que, en caso de que sea necesario, procedan inmediatamente con la AT preliminar, incluso antes de haber reunido toda la información diagnóstica. Concluye aseverando que "el diagnóstico es una fase esencial para fortalecer la cooperación entre los padres y los profesionales que se materializa mediante la elaboración de programas individuales o el plan individual de servicios a la familia".

El hecho de que el objetivo primordial del diagnóstico en AT debe ser la intervención, constituye el axioma principal del que parte este trabajo. Para iniciar este análisis, se utiliza la definición de Johnson y Coleman (1990) según la cual: "La evaluación evolutiva se puede caracterizar como un proceso a través del cual se obtiene información clínica con el fin de proporcionar respuestas a las preguntas de tipo evolutivo que se suscitan y de generar estrategias de intervención apropiadas".

Siguiendo a Meisels y Atkins-Burnett (2000), se exponen los diez principios en los que debería basarse la evaluación infantil, y que consisten en:

- La evaluación debe basarse en un modelo evolutivo global.
- La evaluación debe implicar múltiples fuentes de información y múltiples componentes.
- La evaluación debe seguir una cierta secuencia.

- La evaluación se debe centrar también en las relaciones e interacciones del niño con su cuidador principal.
- Para la evaluación es esencial comprender las secuencias y momentos de aparición de las conductas en el desarrollo normativo para que sirva de marco de interpretación de las diferencias entre los niños.
- La evaluación también debe centrarse en el nivel y el patrón que sigue el niño para organizar la experiencia, así como en sus capacidades funcionales.
- El proceso de evaluación debe tratar de identificar las competencias y puntos fuertes del niño, así como las competencias emergentes.
- La evaluación es un proceso colaborador.
- El proceso de evaluación debe verse siempre como la primera fase de un potencial proceso de intervención.
- La re-evaluación del estatus evolutivo del niño debería producirse en el contexto cotidiano familiar o del CDIAT, o de ambos”.

Se convierte en una constante entre los distintos autores el considerar que la detección temprana y la evaluación van dirigidas a establecer una adecuada intervención. En esta línea retomamos a Guralnick (2000) que identifica los cinco objetivos que debe cumplir la evaluación interdisciplinaria para que sea efectiva:

- Establecer los patrones evolutivos y de salud del niño, así como el perfil de funcionamiento de la familia en el contexto comunitario.
- Determinar en qué áreas se necesita información adicional.
- Establecer un diagnóstico etiológico o, al menos, proporcionar el origen u orígenes probables de las dificultades del niño.
- Proporcionar recomendaciones y sugerencias para la investigación.
- Establecer un marco general para una evaluación más detallada y orientada a la intervención.

También Donald Bailey (1989) señala que la evaluación está encaminada hacia la intervención y establece como procesos fundamentales para realizar una adecuada evaluación en AT:

- El cribado para identificar niños que pueden encontrarse en situación de riesgo de padecer problemas en el desarrollo y necesitar una posterior evaluación con detalle.
- El diagnóstico que confirmará o descartará un problema en el desarrollo.
- La derivación que nos ayuda a tomar las decisiones respecto al tipo de atención que el niño debería recibir.
- La planificación del programa incluye la planificación de metas y actividades para el desarrollo del niño concreto.
- La evaluación mide la evolución del niño que se encuentra en un Programa Individual de AT (PIAT) o que sigue un tratamiento médico.

Donald Bailey, en esta línea de argumentaciones sobre los principios y los objetivos del diagnóstico en AT, añade un listado de los objetivos específicos de la evaluación en AT:

- Establecer o descartar la existencia de un trastorno en el desarrollo.
- Identificar las causas posibles del trastorno.
- Establecer las capacidades del niño.
- Conocer la situación y recursos familiares, especialmente en lo referido a la situación del niño en la familia, estilos de crianza, expectativas.
- Conocer la red social de apoyo y recursos de la zona.

Desde otra perspectiva, situada en el contexto de la Calidad, se dispone de la "Guía de Estándares de Calidad" (2004) en la que encontramos un sinfín de indicadores relacionados con el diagnóstico, las intervenciones, la clasificación diagnóstica, la tipificación de recursos, etc. Transcribimos algunos indicadores que consideramos especialmente significativos:

- La derivación de un niño incluido en el catálogo de trastornos del desarrollo o situaciones de riesgo es inmediata.
- Existe un registro del acceso de los profesionales a los datos de los expedientes personales.
- El proceso de valoración del niño se dirige a conocer: la historia personal y acontecimientos vitales (salud y relaciones), la relación de apego con los cuidadores principales, los factores de riesgo y protección, la actitud, iniciativa, patrones de interacción social e intereses manifestados en cada contexto o rutina principal de la vida diaria, los lenguajes de comunicación, juego, conocimientos y estrategias cognitivas, desarrollo adaptativo, funciones sensoriales y motrices.
- El proceso de valoración de la familia se dirige a conocer: Las necesidades y preocupaciones sentidas por la familia, el momento en que se encuentra la asunción y adaptación a la nueva situación, la unidad de convivencia, historia (genograma), factores de riesgo y protección, relaciones internas y externas.
- El proceso de valoración del entorno se dirige a conocer: Las aportaciones de otros contextos de vida del niño, agentes y condiciones de socialización, las redes sociales y de recursos, factores de riesgo y protección en el entorno.
- La valoración incluye la observación de los patrones de interacción del niño y la aplicación de una prueba estandarizada del desarrollo sensible a las diferencias culturales y de la condición de salud.
- La valoración incluye una sesión interdisciplinaria de puesta en común en la que participan como mínimo dos profesionales.
- La sesión interdisciplinaria identifica las necesidades y demandas del niño y la familia y elabora una propuesta de AT.
- El PIAT establece un sumario de necesidades que requieren atención, objetivos, medios y plazos de revisión en relación al niño, la familia y el entorno.

- El PIAT incluye las medidas de apoyo a la inclusión social del niño y la familia.
  - El PIAT recoge las medidas de apoyo a la escolarización.
  - El PIAT recoge las medidas de apoyo sanitario a la vida cotidiana.
  - El coordinador asesor canaliza las demandas de la familia y promueve que la actuación de las redes de recursos sociales, escolares y sanitarios sea coherente con las necesidades globales del niño y de la familia.
    - Las medidas de apoyo del PIAT mejoran el conocimiento del niño y la asunción de sus intereses y necesidades en el seno de la familia. Entre las medidas de apoyo se contempla el programa padre a padre.
    - Las medidas de apoyo del PIAT facilitan tiempo y aumentan la calidad de los patrones de interacción entre los padres y el niño. Entre estas medidas se contempla la participación en sesiones de estimulación global o específica de unos u otros aspectos del desarrollo.
    - Las medidas de apoyo del PIAT proporcionan espacios para el diálogo entre los padres y la negociación activa de sus inquietudes y preocupaciones. Entre estas medidas se contempla la participación en entrevistas de asesoramiento y la participación en grupos de apoyo.
    - Las medidas de apoyo del PIAT facilitan que la familia mantenga o desarrolle su ocupación formativa o laboral. Entre estas medidas se contempla la coordinación con los servicios socio-laborales.
    - Las medidas de apoyo del PIAT ayudan a que la familia disponga de tiempo libre y de ocio. Entre estas medidas se contempla la coordinación con los servicios sociales y culturales, asistentes maternales y respiro familiar así como la prestación de los servicios en el domicilio o en su proximidad.
    - El PIAT canaliza las ayudas económicas y derechos reconocidos a las familias. Entre estas medidas se contempla la coordinación con los organismos administrativos que tramitan la realización de estos derechos.
    - El PIAT se ocupa de que todos los niños estén acogidos y formen parte de una familia, manteniendo relaciones de apego seguro con su cuidador principal.
    - El PIAT plantea, cuando es necesario, la coordinación de la información, formación y apoyo psicológico de los cuidadores relacionados con el niño.
    - El PIAT plantea, cuando es necesario, la eliminación de barreras y la adaptación del entorno familiar, educativo y comunitario para facilitar el acceso y participación del niño. En este punto se incluye el transporte especial o adaptado.

Después de estas dos revisiones, se evidencia, más si cabe, la necesidad de disponer del Nivel III sobre los recursos en la ODAT en el que se incluyan las aportaciones teóricas y se facilite el registro de los indicadores de los Estándares de Calidad en Atención Temprana.

## **4.- La programación en AT**

Según el proceso de intervención en Atención Temprana, una vez detectado el caso se ha de proceder, en primer lugar, a identificar los factores de riesgo referidos al niño, a la familia y al entorno; en segundo lugar, se han de establecer los trastornos presentes en el niño, la familia y el entorno. Ambas acciones suponen realizar el diagnóstico referido a los niveles I y II de la ODAT. Pero el diagnóstico puede establecerse desde un principio o no, incluso puede ir evolucionando o cambiando a lo largo del tiempo.

A partir de esa situación inicial de análisis el equipo del CDIAT debe elaborar el Plan Individual de Atención Temprana. Para ello, el GAT ha elaborado el Nivel III de la ODAT que viene a constituir una hoja de ruta y que incluye las tres fases relevantes que acompañan al proceso diagnóstico: identificar recursos propios, identificar necesidades y diseñar los apoyos que se van a destinar a esas necesidades. Dichas fases siempre estarán referidas al niño, la familia y el entorno.

En Atención Temprana todo el proceso de intervención es susceptible de variaciones según se va avanzando. El propio diagnóstico o diagnósticos iniciales pueden remitir, evolucionar o transformarse, de igual manera que puede variar la situación personal del menor, de la familia y de su entorno. Así pues, si varían los recursos personales y materiales del niño, de su familia o del entorno, también variarán las necesidades que surgen de la interrelación entre el diagnóstico y los recursos para hacerle frente. Esto nos lleva a la conclusión de que no se pueden establecer apoyos fijos y estables en todos los casos, sino que los apoyos deberán ser variables y flexibles adaptándose continuamente a las necesidades cambiantes.

Los apoyos establecidos mediante las correspondientes UMAT han de ser variables. Variabilidad que se va a establecer en función de las necesidades actuales que presenta el niño, la familia o el entorno, en sus distintas fases o realidades. Dichas realidades son cambiantes en el niño debido a su proceso madurativo, a sus crisis evolutivas, sus ciclos de salud/enfermedad, etcétera. Igualmente, son realidades cambiantes en la familia provocadas por el propio proceso de diagnóstico, del posible duelo, de conflictos familiares, de crisis evolutivas, de nuevos miembros, etcétera. Y las realidades son cambiantes en el entorno debido a la existencia o no de recursos sociales o sanitarios, la incorporación del niño a la escuela infantil, las dificultades en la integración escolar, etcétera.

La eficacia en la AT debe estar fundamentada en la atención adecuada y específica a la diversidad. Dicha diversidad está referida a los distintos tipos de factores de riesgo y/o trastornos, a las distintas combinaciones posibles entre los factores de riesgo y los trastornos, a los diferentes ritmos de desarrollo dentro de un mismo trastorno, a las distintas trayectorias de las familias hacia

una mayor o menor competencia, a los cambios en la existencia, reducción o desaparición de recursos del entorno, etcétera.

Esta realidad puede vivirse como una complicación, sin embargo ha de entenderse como una cualidad, como una riqueza específica de la AT. En sí misma constituye un reto. Por una parte, para padres y profesionales, posiblemente arrastrados por una tendencia homogeneizadora y simplificadora; por otra, para la administración por atender a la complejidad sin caer en la tentación de homogeneizar la intervención y evitar el establecimiento de criterios reduccionistas -como la financiación asociada únicamente al número de casos atendidos- sin tener en cuenta la variación entre los casos e, incluso, la variación intra casos a lo largo de los distintos momentos de la intervención. Para las administraciones se trata de establecer sistemas de financiación y de supervisión sensibles a dicha variabilidad, que al tiempo sean sencillos y claros en su implantación. Para los CDIAT se trata, por una parte, de ser flexibles y adaptarse continuamente a las necesidades cambiantes del niño, la familia y el entorno y, por otra, de ser capaces de presentar los resultados de sus intervenciones con transparencia y, progresivamente, con mayor evidencia científica cada vez.

Coincidimos en la necesidad de establecer protocolos con evidencia científica, pero siempre y cuando estos protocolos sean capaces de atender este aspecto significativo de la AT que es la diversidad y su consecuencia lógica referida a la flexibilidad en el volumen y las características de las intervenciones.

## 5.- Los objetivos de la ODAT

Retomando los contenidos del Libro Blanco de la Atención Temprana, la ODAT contempla que la organización de la AT debe posibilitar:

- La adopción de medidas encaminadas a la prevención.
- La detección precoz de los riesgos de deficiencias.
- La intervención como proceso tendente a conseguir el máximo desarrollo físico, mental y social.

La AT no puede ser vista exclusivamente como una vertiente de la rehabilitación, de la intervención psico-social o de la educación, sino que debe formar parte de un proceso integral que tiene como fin último el desarrollo armónico de los niños y la integración en su entorno. Para lograr este cometido es necesario que desde los servicios de AT se ofrezcan unos niveles satisfactorios de eficiencia y de calidad en la atención.

La intervención en la población infantil susceptible de sufrir alguna limitación en su proceso de desarrollo, va a ser el mejor instrumento para superar las desigualdades individuales que se derivan de las discapacidades. El logro de las competencias que son propias del proceso evolutivo, va a situar a los niños en condiciones favorables para comprender el mundo circundante y para adaptarse al entorno natural y social.

Los objetivos que propone el Libro Blanco de la Atención Temprana, en su capítulo segundo, confirman la importancia que se le otorga a la intervención y a los recursos adaptados a las necesidades, concretamente señala:

- Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
- Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
- Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
- Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
- Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
- Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

La intervención ha de ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que dispone y el conocimiento y actuación sobre el entorno natural. El programa deberá incluir la temporalización de los objetivos, la evaluación y los modos de consecución de los mismos. En función de las necesidades del niño y

también de las de la familia, la intervención se podrá realizar en el CDIAT, en el propio domicilio o en otro lugar, como en el centro educativo o en el hospital. El número de sesiones y el tiempo de duración de cada una de ellas dependerán de las necesidades del niño según el criterio de los profesionales implicados en su atención. En algunos casos, en función de la edad y características el tratamiento, se podrá realizar en grupos reducidos.

Como ya sabemos, la intervención en AT no se circunscribe al niño sino que incluye la atención a la familia. Esta intervención debe tener como finalidad ayudar a los padres en la reflexión y en la adaptación a la nueva situación, ofreciéndoles la posibilidad de comprender mejor la situación global, evitando que se contemple el problema centrado exclusivamente en el trastorno que padece el niño. Todo ello favoreciendo las actitudes positivas de ayuda al niño, interpretando las conductas de éste en función de sus dificultades e intentando restablecer la interacción en la comunicación entre los padres y el niño. Es importante que los profesionales puedan atender no sólo los aspectos referentes al niño sino también aquellas otras demandas familiares, no siempre fáciles de manifestar, relacionadas con sus relaciones de pareja, con los vínculos establecidos con los otros hijos y con la familia extensa. Hay que ayudarles a entender sus sentimientos y reconocer sus competencias en cuanto a la educación de sus hijos. Además, se deberá facilitar información de todos los recursos administrativos, ayudas económicas y legales con las que los padres pueden contar. Se les ofrecerá la posibilidad de ponerse en contacto con las diferentes asociaciones de padres de niños con dificultades que existan en la comunidad, así como contactos con otros profesionales o dispositivos asistenciales.

La atención a la familia se puede realizar de forma individualizada y complementarse con la atención grupal. En la atención individualizada se debe de abrir un espacio en el que tanto los profesionales como los mismos padres puedan dialogar e intercambiar información referente al tratamiento del niño, la dinámica en el hogar, aspectos familiares generales o escolares. Esta atención puede ser el medio propicio para la familia de transmisión de sentimientos, dificultades respecto de las necesidades de su hijo o de las esperanzas e ilusiones en relación con los avances alcanzados. La atención en grupo debe organizarse como un espacio abierto en el que se favorece y posibilita el encuentro entre varios padres, dándoles la oportunidad de poder expresar y a su vez escuchar las vivencias, sentimientos y dificultades que conlleva esta situación.

Por último, la intervención sobre el entorno, y en concreto la intervención psico-social, establece los siguientes objetivos:

- Ante una grave disfunción familiar, la reconstrucción y reorganización de la familia de origen si se valora como un objetivo viable.
- La protección y acompañamiento cuando se produce un proceso de disolución de los vínculos familiares o la constitución de otros nuevos.
- La reinserción familiar, acogimiento y/o adopción.

- La protección y acompañamiento de los niños institucionalizados sin perspectivas y referentes familiares.
- La intervención ante cualquier trastorno del desarrollo que pueda detectarse y la elaboración de los procesos de duelo o extrañamiento social para padres e hijos.
- Una especial orientación, apoyo e información a las familias ubicadas en un entorno social de riesgo

Las intervenciones psico-sociales requieren de una serie de estrategias que permitan ayudar a la familia a incorporar elementos de mejora que posibiliten un mayor bienestar. Estas estrategias están dirigidas a:

- Activar y potenciar los recursos internos de la propia familia.
- Introducir los recursos necesarios externos a la familia, en función de la problemática del niño y el momento de su ciclo vital.
- Orientar a la familia sobre los medios legales y sociales existentes, facilitándoles el conocimiento de los derechos, servicios, prestaciones económicas o de otra índole e informándoles de las condiciones y forma de acceso a ellas.
- Trabajar la derivación de la familia a otros servicios específicos cuando ésta no pueda resolver por sí misma una problemática concreta.
- Promover la coordinación con profesionales de otros ámbitos e instituciones para poder trabajar conjuntamente estrategias de intervención en casos y situaciones concretas.

El manual de la ODAT señala que el proceso de diagnóstico en AT se basa en el análisis de los factores internos y externos del niño con trastorno en el desarrollo o riesgo de padecerlo, en las dimensiones biológica, psicológica y social y servirá para la toma de decisiones sobre el proceso de intervención. Comporta un estudio global del desarrollo del niño, de su historia personal, de su familia y de su entorno. La participación de los diferentes especialistas necesarios en cada caso facilitará los elementos complementarios para llegar, finalmente, a la formulación del informe diagnóstico interdisciplinar, que servirá de base para iniciar lo más pronto posible la intervención. Por tanto, el diagnóstico ha de incluir la valoración biomédica, la psicológica, la pedagógica y la social. Se deben analizar los aspectos adaptativos y sociales conociendo la situación familiar, las variables del contexto del niño y de su entorno social y cultural.

La ODAT responde a la demanda de los propios profesionales de la AT, demanda recogida por el GAT. Hemos sido los propios profesionales los que la hemos elaborado y seremos estos y otros profesionales que se incorporen los que tendremos que trabajar con ella en un proceso de mejora continua. Esta demanda insistente versaba sobre la necesidad de articular un mecanismo de clasificación viable, útil y capaz de responder a diversas cuestiones candentes:

- Disponer de información epidemiológica: registros de las necesidades de AT en la población infantil del territorio nacional. Información y

registros que permitan: en primer lugar, dirigir de forma eficaz las medidas preventivas; en segundo lugar, establecer las necesarias comparaciones entre las distintas comunidades autónomas, con el fin de diseñar y fomentar la puesta en práctica de las medidas oportunas para paliar las diferencias que puedan existir en los niveles de disponibilidad de servicios, calidad de la atención y población atendida; en tercer lugar, comparar nuestra realidad y modelos de AT con otros modelos europeos e internacionales.

- Tener datos fiables sobre la población atendida en distintos entornos asistenciales, terapéuticos y educativos: desde los CDIAT o cualquier otro recurso dependiente de las administraciones sanitarias, educativas o de servicios sociales.

En la ODAT se proponen distintos objetivos en función de los diferentes Niveles.

Los Niveles I y II de la ODAT nos permitirán alcanzar los objetivos que hemos agrupado y que aparecen en la Tabla A.

Tabla A

#### **Objetivos establecidos para los Niveles I y II**

- Elaborar un instrumento útil que sea capaz de clasificar los factores de riesgo y los trastornos del desarrollo.
- Establecer un lenguaje común entre los distintos profesionales que intervienen en la AT.
- Aglutinar en la misma clasificación todos los aspectos que intervienen en AT (biológico, psicológico y social).
- Posibilitar estudios epidemiológicos, estableciendo la prevalencia de los distintos trastornos del desarrollo y situaciones de riesgo, a nivel estatal y de las diversas comunidades autónomas.
- Diseñar investigaciones.
- Organizar las observaciones clínicas.
- Facilitar la toma de medidas preventivas.

El nivel III de la intervención está pensado para poder realizar perfiles individuales y colectivos sobre los niños atendidos. Perfiles que registrarán los recursos que poseen los niños, sus familias y el entorno. Recursos que relacionados con los factores de riesgo o los trastornos establecerán unas necesidades, que deberemos atender mediante la aportación de apoyos personales (medidos en UMAT) y la gestión de apoyos materiales. Así pues, el desarrollo, la aceptación y utilización nos permitirán alcanzar los objetivos enmarcados en la Tabla B.

Tabla B

### **Objetivos establecidos para el Nivel III**

- Dar una visión global de la situación concreta y de las intervenciones programadas.
- Poder diseñar la planificación de recursos para el niño y su familia desde la interdisciplinariedad.
- Recoger las necesidades en cuanto a infraestructuras de los servicios de AT a nivel sectorial, autonómico y estatal que posibiliten una intervención de calidad.
- Contrastar formas de actuación en los distintos trastornos del desarrollo y establecer las más efectivas.

Para finalizar con este trabajo previo de documentación sobre los recursos y los apoyos, incorporamos las directrices contenidas en el Capítulo 5 de las "Recomendaciones técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana":

-En cuanto a los objetivos de los servicios de AT señala que "implican no sólo la aportación tradicional de apoyos, instrumentos o cuidados al niño sino también la atención a sus entornos naturales para que sean competentes y adecuados a sus necesidades. Es obligado a efectos de sistematización proceder a diferenciar las prestaciones básicas por ámbitos (niño, familia y entorno) y por niveles (actuaciones individualizadas, grupales o comunitarias).

-En relación a las actividades a desempeñar desde los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT) se han agrupado en tres ámbitos las acciones básicas:

- Acciones con relación al niño:

- Valoración e intervención.
- Aportación y aplicación integrada de técnicas relacionales, de estimulación, fisioterapia, psicomotricidad, logopedia o psicoterapia.
- Prescripción y justificación de ayudas técnicas alternativas y aumentativas orientadas a la comunicación y a la mejora de las competencias sociales.
- Prescripción y justificación de ayudas técnicas necesarias para el desarrollo personal en las actividades de la vida diaria.

- Coordinación con los recursos sanitarios, educativos y sociales para la aportación integrada de los servicios sectoriales mediante actuaciones individualizadas.

- Acciones con relación a la familia:

- Creación de marcos de participación familiar en la toma de decisiones y elección de un coordinador asesor.
- Apoyo emocional, social, informativo y formativo.
- Información, orientación y apoyo relacionado con el desarrollo.
- Apoyo a la reorganización familiar.
- Orientación sobre otros apoyos económicos, sanitarios, educativos y sociales.
- Información sobre asociaciones de padres, usuarios y otras relacionadas.

- Acciones con relación al entorno:

- Análisis de los contextos e itinerarios previsibles de desarrollo infantil con expresión de factores facilitadores y barreras.
- Informe de la necesidad de actuaciones singulares de eliminación de barreras/apoyos facilitadores en el entorno de cada niño y familia que lo necesiten.
- Promoción de la sensibilización del entorno comunitario respecto del desarrollo infantil y la comprensión del niño con trastornos en el desarrollo.
- Apoyo y coordinación con los entornos institucionales.
- Apoyo, asesoramiento y participación en la formación del voluntariado y los profesionales.
- Participación en la formación y dirección de grupos de autoayuda.
- Participación en los órganos compartidos de reflexión y coordinación genérica con otros recursos que se determinen.
- Participación en la elaboración, desarrollo y evaluación de programas comunitarios de prevención en su ámbito territorial.

## **6.- El análisis DAFO aplicado a la ODAT**

Como se mencionó con anterioridad, la Cultura de Calidad es una realidad inevitable en relación a la AT. Como botón de muestra de su potencialidad, se ha realizado el esfuerzo de aplicar una de sus herramientas más eficaces al contenido y la estructura de la propia ODAT. Al igual que cualquier proyecto, puede pasar por un análisis previo sobre todos los aspectos propios y ajenos para poder calibrar su viabilidad. En este sentido, el análisis DAFO nos ofrece un esquema de trabajo que nos permite poder contemplar de forma global nuestro proyecto.

El Análisis DAFO (que viene del inglés "SWO": Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), también conocido como Análisis FODA o Matriz "DOFA", es una metodología de estudio de la situación competitiva de una empresa en su mercado (situación externa) y de las características internas (situación interna) de la misma, a efectos de determinar sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas.

La situación interna se compone de dos factores: fortalezas y debilidades, mientras que la situación externa se compone de otros dos factores: oportunidades y amenazas.

Es la herramienta estratégica por excelencia más utilizada para conocer la situación real en que se encuentra la organización.

### ***La planificación estratégica***

Durante la etapa de planificación estratégica, y a partir del análisis DAFO, se debe poder contestar a cada una de las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se puede explotar cada fortaleza?
- ¿Cómo se puede aprovechar cada oportunidad?
- ¿Cómo se puede detener cada debilidad?
- ¿Cómo se puede defender de cada amenaza?

Este recurso fue creado a principios de la década de los setenta y produjo una revolución en el campo de la estrategia empresarial. El objetivo del análisis DAFO es determinar las ventajas competitivas de la empresa bajo análisis y la estrategia genérica a emplear por la misma que más le convenga en función de sus características propias y de las del mercado en que se mueve.

El análisis consta de cuatro pasos:

- Análisis externo.
- Análisis interno.
- Confección de la matriz DAFO.
- Determinación de la estrategia a emplear.

## **Análisis externo**

La organización no existe ni puede existir fuera de un ambiente, fuera de ese entorno que le rodea; así que el análisis externo permite fijar las oportunidades y amenazas que el contexto puede presentarle a una organización.

El proceso para determinar esas oportunidades o amenazas se puede realizar de la siguiente manera:

a- Estableciendo los principales hechos o eventos del ambiente que tiene o podrían tener alguna relación con la organización. Estos pueden ser: de carácter político, de carácter legal (Tendencias fiscales, Legislación y Económicas), de carácter social y de carácter tecnológico.

b- Determinando cuáles de esos factores podrían tener influencia sobre la organización en términos de facilitar o restringir el logro de objetivos. O sea, hay circunstancias o hechos presentes en el ambiente que a veces representan una buena OPORTUNIDAD que la organización podría aprovechar, ya sea para desarrollarse aún más o para resolver un problema. También puede haber situaciones que más bien representen AMENAZAS para la organización y que puedan hacer más graves sus problemas.

### **Oportunidades**

Las Oportunidades son aquellas situaciones externas, positivas, que se generan en el entorno y que, una vez identificadas, pueden ser aprovechadas. Algunas de las preguntas que se pueden realizar y que contribuyen en el desarrollo son: ¿A qué buenas oportunidades se enfrenta la empresa? ¿De qué tendencias del mercado se tiene información? ¿Existe una coyuntura en la economía del país? ¿Qué cambios de tecnología se están presentando en el mercado? ¿Qué cambios en la normatividad legal y/o política se están presentando? ¿Qué cambios en los patrones sociales y de estilos de vida se están presentando?

Las fortalezas en AT son todos aquellos factores que pueden suponer un apoyo que permita el mejor desarrollo posible del niño, pudiendo estar dirigidos directamente sobre el niño, y/o sobre su familia o su entorno. Se contemplarán en el Nivel III de la ODAT sobre los apoyos implementados desde o a partir del CDIAT.

### **Amenazas**

Las Amenazas son situaciones negativas, externas al programa o proyecto, que pueden atentar contra éste por lo que, llegado al caso, puede ser necesario diseñar una estrategia adecuada para poder sortearla. Algunas de las preguntas que se pueden realizar y que contribuyen en el desarrollo son: ¿A qué obstáculos se enfrenta la empresa? ¿Qué están haciendo los competidores? ¿Se tienen problemas de recursos de capital? ¿Pueden algunas de las amenazas impedir totalmente la actividad de la empresa?

Las amenazas en AT se definen como todos aquellos factores propios o del entorno que pueden impedir o alterar el desarrollo normal del niño. Se corresponden con el Nivel I de la ODAT sobre los factores de riesgo.

### **Análisis interno**

Los elementos internos que se deben analizar durante el análisis DAFO corresponden a las fortalezas y debilidades que se tienen respecto a la disponibilidad de recursos de capital, personal, activos, calidad de producto, estructura interna y de mercado, percepción de los consumidores, entre otros.

El análisis interno permite fijar las fortalezas y debilidades de la organización, realizando un estudio que permite conocer la cantidad y calidad de los recursos y procesos con que cuenta el ente.

Para realizar el análisis interno de una corporación deben aplicarse diferentes técnicas que permitan identificar dentro de la organización qué atributos le permiten generar una ventaja competitiva sobre el resto de sus competidores.

#### **Fortalezas**

Las Fortalezas son todos aquellos elementos internos y positivos que diferencian al programa o proyecto de otros de igual clase. Algunas de las preguntas que se pueden realizar y que contribuyen en el desarrollo son: ¿Qué ventajas tiene la empresa? ¿Qué hace la empresa mejor que cualquier otra? ¿A qué recursos de bajo coste o de manera única se tiene acceso? ¿Qué percibe la gente del mercado como una fortaleza? ¿Qué elementos facilitan obtener una venta?

Las fortalezas en AT están constituidas por las capacidades, los recursos propios, los niveles de maduración alcanzados y, consecuentemente, constituyen ventajas que deben y pueden servir para potenciarse mutuamente junto con las oportunidades. Debe quedar contemplado en el Nivel III de la ODAT sobre los recursos propios del niño, su familia y su entorno.

#### **Debilidades**

Las Debilidades se refieren, por el contrario, a todos aquellos elementos, recursos, habilidades y actitudes que la empresa ya tiene y que constituyen barreras para lograr la buena marcha de la organización. También se pueden clasificar: Aspectos del Servicio que se brinda, Aspectos Financieros, Aspectos de Estudio de Mercado, Aspectos Organizacionales, Aspectos de Control.

Las Debilidades son problemas internos, que, una vez identificados y desarrollando una adecuada estrategia, pueden y deben eliminarse. Algunas de las preguntas que se pueden realizar y que contribuyen en el desarrollo son: ¿Qué se puede mejorar? ¿Qué se debería evitar? ¿Qué percibe la gente del mercado como una debilidad? ¿Qué factores reducen las ventas o el éxito del proyecto?

La debilidades en AT se refieren a aquellos aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo del niño. Constituyen un impedimento para la calidad de vida del niño, por lo tanto deben de ser controladas e intervenidas para paliar sus efectos. Se corresponde con el Nivel II de la ODAT que hace referencia a los trastornos.

## Matriz DAFO

	Fortalezas	Debilidades
Análisis Interno	Capacidades distintas Ventajas naturales Recursos superiores	Recursos y capacidades escasas Resistencia al cambio Problemas de motivación del personal
	Oportunidades	Amenazas
Análisis Externo	Nuevas tecnologías Debilitamiento de competidores Posicionamiento estratégico	Altos riesgos - Cambios en el entorno

De la combinación de fortalezas con oportunidades surgen las potencialidades, las cuales señalan las líneas de acción más prometedoras para la organización.

Las limitaciones, determinadas por una combinación de debilidades y amenazas, colocan una seria advertencia.

Mientras que los riesgos (combinación de fortalezas y amenazas) y los desafíos (combinación de debilidades y oportunidades), determinados por su correspondiente combinación de factores, exigirán una cuidadosa consideración a la hora de marcar el rumbo que la organización deberá asumir hacia el futuro deseable.

Este análisis tiene que referirse a las características y situaciones que presenta el niño, su familia y su entorno, y que pueden afectar a su normal desarrollo. Así tenemos que los Nivel I y II, ya publicados en la ODAT (2004), nos describen las posibles Amenazas y las Debilidades propias del niño, su familia y el entorno. Quedando pendiente establecer y clasificar un registro para las Fortalezas y las Oportunidades del niño, su familia y su entorno con respecto a su desarrollo, en un contexto de mejora de la calidad de vida.

El análisis DAFO aplicado a la ODAT sigue la estructura que tiene establecida en cuatro elementos. Queda claro que existe un paralelismo entre los niveles de la ODAT y los componentes del análisis DAFO. Tenemos que el nivel I de los "Factores de Riesgo" coincide con las "Amenazas", que el nivel II

de los “Trastornos” coincide con las “Debilidades”, y que el nivel III de los “Recursos” debe recoger las “Fortalezas” y las “Oportunidades”.

Nivel	Ejes			Dafo
				Oportunidades
III	7	8	9	Fortalezas
II	4	5	6	Debilidades
I	1	2	3	Amenazas

En resumen, podemos definir las cuatro áreas de análisis del DAFO referidas a la Atención Temprana como:

- **Debilidades:** también llamadas puntos débiles. Son aspectos que limitan o reducen la capacidad de desarrollo efectivo del niño. Constituyen un impedimento para la calidad de vida del niño, por lo tanto deben de ser controladas e intervenidas para paliar sus efectos. Se corresponden con el Nivel II de la ODAT que hace referencia a los trastornos.
- **Fortalezas:** también llamadas puntos fuertes. Son capacidades, recursos propios, niveles de maduración alcanzado y, consecuentemente, constituyen ventajas que deben y pueden servir para potenciarse mutuamente junto con las oportunidades. Deben quedar contempladas en el Nivel III de la ODAT sobre los recursos propios del niño, su familia y su entorno.
- **Amenazas:** se definen como todos aquellos factores propios o del entorno que pueden impedir o alterar el desarrollo normal del niño. Se corresponden con el Nivel I de la ODAT sobre los factores de riesgo.
- **Oportunidades:** son todos aquellos factores que pueden suponer un apoyo que permita el mejor desarrollo posible del niño, pudiendo estar dirigidos directamente sobre el niño, y/o sobre su familia o su entorno. Se contemplarán en el Nivel III de la ODAT sobre los apoyos implementados desde o a partir del CDIAT.

Si hacemos una comparación entre el proceso de Atención Temprana (Detección-Diagnóstico-Intervención), los apartados del análisis DAFO y los tres niveles de la ODAT, obtenemos el siguiente gráfico:

## Organización Diagnóstica AT

Nivel I

Nivel II

Nivel III

Nivel III

Lenguaje común  
CMBDAT

## Proceso de AT

Factores de Riesgo

Trastornos

Recursos

Necesidades

Apoyos

Programa Individual  
de  
Atención Temprana

## Gestión de Calidad: DAFO

Amenazas

Debilidades

Fortalezas

Oportunidades

Estrategia

## 7.- Estructura del Nivel III de la intervención en AT

Siguiendo la estructura de los niveles I y II de la ODAT, que agrupa las categorías y los elementos en tres columnas referidas al niño, a la familia y al entorno, el nivel III se organiza en tres ejes:

Eje	Eje VII Intervención con el niño	Eje VIII Intervención con la familia	Eje IX Intervención con el entorno
R E C U R S O S	<b>7.a Personales del niño</b>  <b>7.b Institucionales del niño</b>	<b>8.a Personales de la familia</b>  <b>8.b Materiales de la familia</b>	<b>9.a Personales del entorno</b>  <b>9.b Materiales del entorno</b>
NE CE SI DA DES	<b>7.c Necesidades en el niño</b>	<b>8.c Necesidades en la familia</b>	<b>9.c Necesidades en el entorno</b>
A P O Y O S	<b>7.d Profesionales para el niño</b>  <b>7.e Materiales para el niño</b>	<b>8.d Profesionales para la familia</b>  <b>8.e Materiales para la familia</b>	<b>9.d Profesionales para el entorno</b>  <b>9.e Materiales para el entorno</b>

En la parte de **Recursos** se registran los “haberes”, las fortalezas de que disponen tanto el niño, como sus padres y su entorno. Se establecen seis categorías subdivididas en recursos personales y materiales (7.a, 7.b, 8.a, 8.b, 9.a y 9.b), con un total de veinticuatro elementos de recursos.

A partir de los factores de riesgo y/o de los trastornos y los recursos disponibles hemos de ser capaces de delimitar unas necesidades, que se describen en las tres categorías de **Necesidades** (7.c, 8.c y 9.c), con un total de quince elementos de necesidades.

En la parte de **Apoyos** se describen los “deberes”, en el sentido de las prestaciones que va a contemplar el PIAT (Programa Individual de AT), es decir, los apoyos que se ha programado destinar al niño, a sus padres o a su entorno, con las vertientes personal y material, estableciendo seis categorías (7.d, 7.e, 8.d, 8.e, 9.d y 9.e) con quince elementos de apoyo.

Con los recursos y los apoyos estaríamos hablando de “**Factores de Protección**”, tanto de los disponibles por hallarse ya presentes o bien de los efectos de las acciones programadas desde el CDIAT.

## **8.- Descripción del Nivel III de la intervención en la AT**

El nivel III se codifica basándose en dos criterios: por un lado, teniendo en cuenta y registrando los datos objetivos cuantitativos y cualitativos con respecto a los recursos de que disponen el niño, su familia y del entorno y, por otro, basándose en el estudio y valoración que hace el equipo responsable del diagnóstico y del programa de intervención sobre la existencia o no o sobre la suficiencia o no de determinados recursos. La experiencia acumulada y la formación continua de los profesionales, unido al trabajo en equipo constituyen los tres pilares fundamentales sobre los que se tiene que basar el proceso de toma de decisiones, a la hora de adjudicar apoyos (UMAT) en este apartado de la intervención.

### ***Eje VII: Intervención con el niño***

#### **7.a Recursos personales propios del niño**

##### **7.a.1 Área motora/psicomotora**

Incluye el desarrollo de las estructuras y funciones motoras producto de la correcta maduración del SNC y osteo-articular-muscular, así como el desarrollo y adquisiciones psicomotoras: coordinación dinámica, coordinación estática, coordinación viso-manual, estructuración espacial, organización temporal, esquema corporal, lateralidad y control respiratorio

##### **7.a.2 Área perceptivo-cognitiva**

Es la interacción entre la programación genética y el medio/entorno a través de los sentidos. En esta área se incluyen desde las funciones sensoriales, la atención, la memoria, el razonamiento, la simbolización, el procesamiento de la información, hasta el control del esquema corporal o las funciones espacio-temporales.

##### **7.a.3 Área de la comunicación**

Incluye los procesos y las competencias necesarias para la representación mental mediada por el lenguaje y la expresión de éste en la interacción social utilizando recursos gestuales, sistemas aumentativos o alternativos de comunicación y los componentes lingüísticos fonológicos, léxicos, sintácticos o pragmáticos.

##### **7.a.4 Área de la autonomía personal**

Hace referencia a las capacidades de autocuidado e independencia personal en alimentación, sueño, vestido, limpieza, control de esfínteres, desplazamiento y movilidad de forma autónoma.

### **7.a.5 Área personal-social**

Incluye las manifestaciones del desarrollo de la personalidad de cada niño en su ámbito emocional adecuadas a su etapa del desarrollo, las reacciones y procesos de adaptación ante las experiencias que le proporciona su entorno, la autorregulación de su conducta, la capacidad de establecer vínculos y el tipo de relaciones que va estableciendo con las personas que le rodean y sus habilidades sociales.

### **7.a.6 Otros**

Incluye aquellos aspectos singulares y característicos del niño que se consideren relevantes y en los que sobresale especialmente con respecto a su promedio.

Ejemplos: a) Ante un caso de parálisis cerebral infantil con grave afectación motórica generalizada, con una dependencia absoluta y con inteligencia conservada, señalariamos como recurso personal propio el elemento 7.a.2 Perceptivo-cognitiva como Punto Fuerte de este niño. b) Ante el caso de un niño con síndrome de Down, con nivel de desarrollo promedio en el perfil específico de este síndrome, siendo un niño especialmente afectivo, extrovertido, simpático, risueño y afable, señalariamos el elemento 7.a.5 Personal-social como su Punto Fuerte.

## **7.b Recursos institucionales propios del niño**

### **7.b.1 Discapacidad**

Se registra cuando el niño está en posesión del Certificado del Reconocimiento de la Condición de Discapacidad.

Se entiende la Condición de Discapacidad en toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales. El reconocimiento del derecho a la aplicación de los beneficios previstos en esta Ley deberá ser efectuado de manera personalizada por el órgano de la Administración que se determine reglamentariamente, previo informe de los correspondientes equipos multiprofesionales calificadores. En España solamente tiene discapacidad "oficialmente" la persona que ha obtenido la calificación legal de discapacidad, puerta de los derechos y beneficios concedidos por la ley. La calificación de discapacidad se hace en términos de grados y el grado de discapacidad se expresará en porcentajes. Para esta medición se establecen una serie de baremos que se configuran como los Anexos de la norma.

### **7.b.2 Dependencia**

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia la define como el “Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.”

En esta categoría de necesidades se recoge el resultado de la aplicación de la EVE (Escala de Valoración Específica), de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. El Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, en el que se aprueba la Escala de Valoración Específica de Dependencia para personas menores de tres años (EVE).

Según esto, las personas menores de tres años serán objeto de valoración por las situaciones originadas por condiciones de salud de carácter crónico, prolongado o de larga duración y la valoración que se realiza no tendrá carácter permanente, estableciéndose revisiones de oficio periódicas a los 6, 12, 18, 24 y 30 meses. Cuando una persona valorada anteriormente cumpla los 36 meses deberá serlo de nuevo, con el Baremo de la Dependencia para personas mayores de 3 años.

La EVE de 0 a 3 años permite que sea aplicada en los entornos en los que se desarrolla, de manera habitual, la vida de la persona. La Escala se puede aplicar en el domicilio familiar, en el hospital si se encuentra ingresado por una larga hospitalización, en el Centro de Salud, en la Escuela Infantil, o bien en la unidad de Atención Temprana (CDIAT) a la que puede acudir de manera habitual para recibir tratamiento. Para la aplicación de la Escala no se precisa el empleo de materiales específicos. Dado que la valoración se realiza en el entorno habitual de la persona, se trata de observar la realización de actividades mediante el uso de los objetos y los materiales que habitualmente se encuentran en el mismo y a los que el niño está acostumbrado. En este sentido la EVE valora la situación de dependencia remitiéndose a la comparación con el funcionamiento esperado en otras personas de la misma edad, sin la condición de salud por la que se solicita valoración.

#### **7.b.2.1 Dependencia moderada**

Situación de dependencia moderada establecida por el equipo de valoración autorizado, resultado de la aplicación de la escala EVE.

### **7.b.2.2 Dependencia severa**

Situación de dependencia severa establecida por el equipo de valoración autorizado, resultado de la aplicación de la escala EVE.

### **7.b.2.3 Gran dependencia**

Situación de gran dependencia establecida por el equipo de valoración autorizado, resultado de la aplicación de la escala EVE.

## **7.b.3 Reconocimiento educativo de la situación de NEE**

Se registra cuando el niño cuenta con un Dictamen de Escolarización emitido por los Equipos de Orientación Educativa u organismo competente de Educación, para una atención específica en el ámbito escolar. Es decir, de alumno con Necesidades Educativas Especiales o similar denominación.

### **7.b.4 Otros**

En otros se registra la pertenencia o asistencia a cualquier tipo de ONG, Asociación, Fundación,... siempre y cuando le preste algún tipo de ayuda o apoyo que repercuta en una mejor condición de vida para el niño.

## **7.c Necesidades del niño**

Se registra la necesidad de potenciar las capacidades del niño en áreas específicas de su desarrollo: motrices, emocionales, comunicativas, cognitivas, aprendizaje, habilidades sociales y autonomía personal. Siempre teniendo en cuenta la globalidad del desarrollo del niño y las características individuales, familiares y del entorno.

### **7.c.1 Área motora/Psicomotora**

Necesidad de potenciar el desarrollo de las estructuras y funciones motoras producto de la correcta maduración del SNC y osteo-articular-muscular, así como el desarrollo y adquisiciones psicomotoras: coordinación dinámica, coordinación estática, coordinación viso-manual, estructuración espacial, organización temporal, esquema corporal, lateralidad y control respiratorio.

### **7.c.2 Área cognitiva**

Necesidad de potenciar la interacción entre la programación genética y el medio/entorno a través de los sentidos. En esta área se incluyen desde las funciones sensoriales, la atención, la memoria, el razonamiento, la simbolización, el procesamiento de la información, hasta el control del esquema corporal o las funciones espacio-temporales.

### **7.c.3 Área de la comunicación**

Necesidad de potenciar los procesos y las competencias necesarias para la representación mental mediada por el lenguaje y la expresión de éste en la interacción social utilizando recursos gestuales, sistemas aumentativos o alternativos de comunicación y los componentes lingüísticos fonológicos, léxicos, sintácticos o pragmáticos.

### **7.c.4 Área autonomía personal.**

Necesidad de potenciar las capacidades de auto-cuidado e independencia personal en alimentación, sueño, vestido, limpieza, control de esfínteres, desplazamiento y movilidad de forma autónoma.

### **7.c.5 Desarrollo socio-personal**

Necesidad de potenciar las manifestaciones del desarrollo de la personalidad de cada niño en su ámbito emocional adecuadas a su etapa del desarrollo, las reacciones y procesos de adaptación ante las experiencias que le proporciona su entorno, la autorregulación de su conducta, la capacidad de establecer vínculos y el tipo de relaciones que va estableciendo con las personas que le rodean y sus habilidades sociales.

## **7.d Apoyos profesionales para el niño**

El equipo de profesionales de un CDIAT puede estar constituido por titulados fundamentalmente en medicina, psicología, pedagogía y trabajo social, formando un equipo multiprofesional con un modelo de trabajo preferible de tipo inter o transdisciplinar, siempre que sus miembros hayan complementado su formación con estudios de postgrado específicos de AT. También se pueden realizar acciones de AT en otros ámbitos (Pediatría Hospitalaria, Pediatría de Atención Primaria, etcétera).

Existe una amplia gama de opciones en cuanto al tipo y al espacio en el cual se pueden realizar las sesiones. Con respecto al tipo de sesiones, nos podemos encontrar con sesiones individuales, colectivas de grupo reducido (2-4) y colectivas de gran grupo. Con respecto al lugar donde se desarrollan las sesiones nos podemos encontrar con intervención grupal en medio acuático, intervención/apoyo en la escuela infantil, ludoteca (inserción en grupo de juegos), sesiones con la familia y sesiones en modalidad de seguimiento: pautas médicas, psicológicas, sociales, pedagógicas, de distintas áreas del desarrollo, etcétera.

La periodicidad de las sesiones también presenta una amplia variabilidad ya que pueden ser varias a la semana, una semanal, quincenal, mensual o

trimestral. Las sesiones de tratamiento en AT suelen oscilar entre cuarenta y cinco y sesenta minutos. Pero como también es verdad que se realizan intervenciones (dar informaciones puntuales, seguimientos, coordinaciones con otros servicios, desplazamientos, etcétera.) que requieren menos de cuarenta y cinco minutos, se pueden utilizar fracciones de la unidad.

Se establece como medida estándar la **Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)** que recoge intervalos de dedicación horaria que emplean los profesionales para alcanzar los objetivos seleccionados en el Programa Individual de AT, y la repercusión del tiempo dedicado a conseguir los objetivos propios de un CDIAT y equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios comunitarios.

**1 sesión= 45 minutos**

**UMAT = 1 sesión x mes**

De acuerdo con el Programa Individualizado de Atención Temprana, deberemos seleccionar la opción **Tipo**, en función del tiempo destinado a las acciones programadas específicamente para el niño. Las opciones Tipo A, B y C hacen referencia a intervalos de frecuencia de sesiones.

**La Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)** que para el niño equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente al niño”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

#### **7.d.1 Tipo A**

Entre una y tres UMAT al mes.

#### **7.d.2 Tipo B**

Entre cuatro y ocho UMAT al mes.

#### **7.d.3 Tipo C**

Más de ocho UMAT al mes.

## **7.e Apoyos Materiales para el Niño**

### **7.e.1 Técnicos**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir el acceso a ayudas técnicas o intervenciones terapéuticas o educativas especializadas. Programas informáticos, etcétera.

### **7.e.2 Materiales**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir la eliminación de barreras y adaptación del entorno doméstico. Ordenador, tableros adaptados, mandos especiales, etcétera.

## ***Eje VIII: Intervención con la familia***

### **8.a Recursos personales de la familia**

Describe los recursos personales propios que tienen los padres, tutores o cuidadores del niño. La información recogida en la anamnesis, la observación directa de las interacciones, la historia personal de los padres, su situación actual en lo personal, laboral, profesional, económica, cultural y habilidades sociales, permitirán a los profesionales de AT determinar la existencia o no de determinados recursos que les posibiliten o no desempeñar las funciones de crianza y maternaje adecuadas y adaptarse para satisfacer las necesidades específicas que pueda requerir su hijo en situación de riesgo o trastorno en el desarrollo.

#### **8.a.1 Cuidador principal**

El cuidador principal, ya sea la madre, el padre, un familiar o un tutor, es quien está en condiciones y tiene la responsabilidad de ejercer sus funciones de crianza y maternaje. Constituye la figura principal de apego. Se trata de las características personales físicas y psicológicas (capacidades, aptitudes y actitudes), materiales y de habilidades sociales necesarias para realizar su cometido.

#### **8.a.2 Apoyo al cuidador principal**

Es el referente del cuidador principal, siendo la figura que por su situación individual y socio-familiar se convierte en el apoyo básico del cuidador principal.

#### **8.a.3 Núcleo familiar**

Conjunto de familiares que conviven con el niño (padres, hermanos u otros) o que participan directa y regularmente en su crianza siendo

responsables del niño aunque no se conviva cotidianamente con él (padres separados), estando el eje en el cuidador principal.

#### **8.a.4 Familia extensa**

Aquellos familiares que no forman parte del núcleo, pero que por su cercanía, capacidades y actitudes pueden incidir en la dinámica familiar, el cuidador principal y el niño.

#### **8.a.5 Otros**

En el caso de niños que vivan en Centros de Acogida, con familias de acogimiento temporal u otras instituciones, se contemplarán los recursos personales con especial atención a las figuras de los cuidadores (capacidades y actitudes, tiempo para el maternaje, permanencia del mismo cuidador), la dinámica de las interacciones del niño con los adultos y sus iguales y las actividades orientadas a la inserción social. Tutor legal, cuidador de hecho tipo canguro.

### **8.b Recursos materiales de la familia**

Incluye toda una serie de recursos de tipo material mínimos que van a permitir y posibilitar la crianza del niño de forma adecuada.

#### **8.b.1 Recursos materiales de la familia**

Contempla los recursos materiales (vivienda, transporte, etcétera.) de los que dispone el núcleo familiar, que les permiten una crianza adecuada de su hijo. Implica la ausencia de situaciones de penuria económica, laboral, etcétera.

#### **8.b.2 Otros**

Recursos materiales ofrecidos/obtenidos mediante instituciones públicas (Salud, Educación, S. Sociales) o privadas (ONG, asociaciones, etcétera).

### **8.c Necesidades en la familia**

#### **8.c.1 Cuidador principal**

Necesidad de potenciar el apoyo emocional, de corresponsabilidad, coherencia educativa, de visión compartida y reparto de tareas que precisa el cuidador principal por parte de su figura de apoyo, otros familiares y amigos.

#### **8.c.2 Dinámica familiar**

Necesidad de potenciar el apoyo social, de optimizar la organización en la vida cotidiana y la participación en el entorno, de mejorar la organización del

entorno, de mejorar las relaciones entre los diferentes miembros del núcleo familiar y el desempeño de sus roles y habilidades orientados hacia el desarrollo del niño y la familia.

### **8.c.3 Información**

Necesidad de potenciar la información a las familias sobre los recursos asistenciales (públicos y privados). Información entre los diferentes ámbitos implicados (sanitarios, educativos y sociales) e información a la ciudadanía en general.

### **8.c.4 Orientación familiar**

Necesidad de potenciar el asesoramiento a la hora de tomar decisiones relevantes sobre la intervención con el niño, ajustes familiares y otras medidas originadas por la situación específica del niño, con especial incidencia en la toma de realidad del diagnóstico y sus implicaciones.

### **8.c.5 Psico-educación.**

Necesidad de potenciar la capacitación en técnicas básicas de resolución de conflictos en el ámbito familiar, capacitación en técnicas básicas de conducta que ayuden al control del entorno y entrenamiento en actuaciones de apoyo puntuales que favorezca la colaboración en el Programa Individual de Atención Temprana.

### **8.c.6 Derivación a otros recursos**

Necesidad de derivar a otros recursos asistenciales específicos de adultos para recibir apoyo o intervención. En el ámbito sanitario: relacionados con salud, prevención, control de medicación, utilización de dispositivos especiales (unidades de salud mental, de planificación familiar, etcétera), en el ámbito de servicios sociales (equipos de mediación familiar) y en el ámbito educativo (equipos de valoración, de orientación familiar, etcétera).

## **8.d Apoyos profesionales para la familia**

El apoyo profesional prestado a la familia por parte del CDIAT debe contar con especialistas o expertos en: Psicoterapia, en desarrollo de pautas de crianza, en desarrollo de pautas de estimulación/compensación/mantenimiento en distintas áreas (motora, del lenguaje y comunicación). Al mismo tiempo deben de ser capaces de desarrollar programas específicos de intervención: de entrenamiento en habilidades de observación e interacción y, también, en habilidades de afrontamiento, como en habilidades de control conductual. Con la utilización de los medios audiovisuales e informáticos adecuados.

Existe una amplia gama de opciones en cuanto al tipo y al espacio en el cual se pueden realizar las sesiones. Así tenemos: colectivas o de intervención

grupal, grupo de información, grupo de formación, escuela de padres, grupo de autoayuda, grupo de respiro, colectivas grupo reducido (2-4), individuales con la familia, individuales con los hermanos, modalidad de seguimiento, psicoterapia de apoyo individual, psicoterapia familiar breve, asesoramiento sobre servicios médicos especializados (de diagnóstico, de seguimiento...), asesoramiento sobre recursos e instituciones que generan diferentes tipos de ayudas y asesoramiento sobre el diagnóstico y sus implicaciones.

La periodicidad de las sesiones también presenta una amplia variabilidad ya que pueden ser varias a la semana, una semanal, quincenal, mensual o trimestral.

Recoge intervalos de dedicación horaria establecida por el CDIAT para alcanzar los objetivos seleccionados para la intervención con los padres.

De acuerdo con el Programa Individualizado de Atención Temprana, deberemos seleccionar la opción **Tipo**, en función del tiempo destinado a las acciones programadas específicamente para la familia. Las opciones Tipo D, E y F hacen referencia a intervalos de frecuencia de sesiones.

La **Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)** que para la familia equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente a la familia”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

#### **8.d.1 Tipo D**

Hasta una UMAT al mes.

#### **8.d.2 Tipo E**

Entre una y tres UMAT al mes.

#### **8.d.3 Tipo F**

Más de tres UMAT al mes.

### **8.e Apoyos materiales para la familia**

#### **8.e.1 Económicos**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir el aporte económico que en un momento determinado pueden conceder las diferentes administraciones y que las familias reciben como apoyo a la crianza. Podemos encontrar: subvenciones indeterminadas, aportes para el transporte, para

libros, para tratamientos privados, para ayudas técnicas, para alimentos, etcétera.

### **8.e.2 Comunitarios**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir todo tipo de aportaciones que ayuden a mejorar las condiciones de vida de la familia a nivel de vida cotidiana (electrodomésticos, enseres, transporte, etcétera).

## **Eje IX: Intervención con el entorno**

### **9.a Recursos personales del entorno**

Recogen la existencia o la disponibilidad de personas que pueden prestar el apoyo necesario a la familia. Pueden ser amistades o bien profesionales o voluntarios pertenecientes a entidades.

#### **9.a.1. Amistades**

Prestan el apoyo denominado informal necesario para que los padres puedan cumplir de forma satisfactoria sus funciones de crianza.

#### **9.a.2. Profesionales**

Prestan el apoyo denominado formal necesario para que los padres puedan cumplir de forma satisfactoria sus funciones de crianza.

#### **9.a.3. Otros**

Instituciones ya sean públicas (Servicios Sociales, Educativos, etcétera.) o privadas (grupos de autoayuda, ONG, etcétera) que prestan el apoyo personal necesario para que los padres puedan cumplir de forma satisfactoria sus funciones de crianza. Incluiría el voluntariado.

### **9.b Recursos materiales del entorno**

Incluyen los recursos materiales a nivel de servicios que pueden utilizar el niño y sus padres, que les posibilitarán una mejor crianza.

#### **9.b.1 Recursos materiales del entorno**

Los recursos comunitarios de los que disponen los padres y que les permiten una crianza adecuada de su hijo. Implica la existencia de recursos públicos o privados dirigidos a la infancia (Escuelas Infantiles, CDIAT, Centros de Acogida del Menor, familias de acogimiento, ludotecas, actividades deportivas, puntos de encuentro, etcétera).

## **9.b.2 Otros**

Recursos materiales ofrecidos/obtenidos de manera informal y que en un momento dado pueden necesitar (vecinos, personas altruistas, etcétera).

## **9.c Necesidades en el entorno**

Se tendrán en consideración las necesidades de coordinación interinstitucional e interprofesional, de detectar y eliminar la duplicidad o la sobre atención institucional, de orientación y/o posibilitar el acceso a recursos y actividades que se organicen en el entorno, de incrementar la eficacia del flujo de información y el trabajo coordinado entre las diferentes instituciones implicadas en el caso, asegurando la confidencialidad.

### **9.c.1 Intervención en el entorno relacional amplio**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y gestión a nivel institucional, ya sea local, comarcal, provincial o autonómico. Referido al amplio abanico de áreas: educativas, administrativas, presupuestarias, etcétera.

### **9.c.2 Intervención en el entorno escolar**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y de gestión realizadas en las escuelas infantiles o en los colegios con unidades de educación infantil.

### **9.c.3 Intervención en el entorno sanitario**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y de gestión realizadas en los ámbitos de la Atención Primaria (Centros de Salud, Centros de Salud Comunitaria, Unidades de Apoyo a la Atención Primaria, etcétera) y de la Atención Especializada (hospitales, especialidades, etcétera).

### **9.c.4 Intervención en el entorno social y comunitario**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y de gestión realizadas con colectivos (asociaciones de vecinos, de tiempo libre, ONG, Centros de Acogida, etcétera).

## **9.d Apoyos profesionales para el entorno**

Las intervenciones de los profesionales del CDIAT pueden ir dirigidas al equipo educativo de las escuelas infantiles, a los equipos de AT de las escuelas con educación infantil, a los equipos de orientación en los colegios, a profesionales sanitarios (médicos, fisioterapeutas,...), al asesoramiento sobre asociaciones, sobre los agentes de socialización: actividades acuáticas, actividades de ocio y actividades con el voluntariado. También la intervención

en red que implica coordinación con Servicios Sociales de Base, coordinación con servicios educativos, coordinación con servicios sanitarios y coordinación con otros recursos comunitarios.

Existe una amplia gama de opciones en cuanto al tipo y al espacio en el cual se pueden realizar las sesiones. Así tenemos: actividades de coordinación con los recursos, de seguimiento, de información-formación y de seguimiento del proceso de adaptación al entorno escolar según protocolo del Programa de Transición a la Escuela. También se pueden realizar sesiones de información documental sobre recursos de la comunidad: ONG, asociaciones, ludotecas, escuelas infantiles, actividades acuáticas, etcétera. Las visitas a los centros de referencia (escuela, colegio, centro sanitario), reuniones en los CDIAT. Actividades de supervisión por una parte de la actualización, coordinación y seguimiento del circuito asistencial y de apoyo, correspondiente tanto al paciente como a la familia; y por otra, de las actuaciones propias del servicio (seguimiento tutorial).

La periodicidad de las sesiones también presenta una amplia variabilidad ya que pueden ser varias a la semana, una semanal, quincenal, mensual, trimestral, semestral o anual.

De acuerdo con el Programa Individualizado de Atención Temprana, deberemos seleccionar la opción **Tipo**, en función del tiempo destinado a las acciones programadas específicamente para el entorno. Las opciones Tipo G, H e I hacen referencia a intervalos de frecuencia de sesiones.

La **Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)**, que para el entorno equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente al entorno”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

#### **9.d.1 Tipo G**

Hasta una UMAT al mes.

#### **9.d.2 Tipo H**

Entre una y tres UMAT al mes.

#### **9.d.3 Tipo I**

Más de tres UMAT al mes.

A continuación se presenta un listado de profesionales y servicios que pueden estar implicados en la Atención Temprana como proceso y que requieren la coordinación.

## **Sanitarios:**

<b>Hospitalarios/Especialidades:</b>
Neurología
Salud mental
Ginecología y Obstetricia
Pediatría
Digestivo
Cardiología
Traumatología
Rehabilitación
Dermatología
Enfermería
Trabajo Social
Cirugía
Oncología
Reumatología
Urología
Oftalmología
Neumología
Otorrinolaringología
Nefrología
<b>Centro de Atención Primaria:</b>
Pediatría
Enfermería
Fisioterapia
Servicio de urgencia
Trabajo Social
Otros

## **Educativos:**

Escuelas Infantiles
Actividades terapéuticas (acuáticas, equinoterapia, etc.)
Escuelas de padres
Escuelas hospitalarias
Escuelas infantiles de Centros penitenciarios
Centros especializados (musicoterapia, terapia ocupacional, etc.)
Otros

## **Comunitarios:**

Escuelas Infantiles
Centros de acogida de menores
Familias acogimiento
Ludotecas
Actividades deportivas
Defensor del Menor
Instituto de la Infancia y Adolescencia
Asociaciones específicas por patologías
Asociaciones de ayuda infantil/Familiar
Observatorio de la Infancia
Aldeas Infantiles
Campamentos de verano
Puntos de encuentro
Otros

## **9.e Apoyos materiales para el entorno**

### **9.e.1 Técnicas**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir las ayudas que faciliten la autonomía y la movilidad de las familias, así como la facilitación del acceso a los recursos para el niño. En ocasiones son los recursos los que se deben desplazar hasta el niño o su familia. Programas informáticos para las escuelas infantiles, etcétera.

### **9.e.2 Materiales**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir la intervención sobre el entorno físico y eliminación de barreras; la adaptación del espacio físico de las escuelas infantiles que posibiliten la asistencia del niño con dificultades físicas o sensoriales, ordenador, tableros adaptados y mandos especiales en las escuelas infantiles, etcétera.

## **9.- Bibliografía**

- American Association on Mental Retardation. (1997). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Belda, J.C. (2006). *Recursos en Atención Temprana. Nivel III de la ODAT*. Revista de Atención Temprana. Volumen 9, nº 1, junio 2006. Murcia: ATEMP.
- Belda, J.C. (2006). *La ODAT: una herramienta para el desarrollo de la Atención Temprana*. Revista Informació Psicològica, nº: 87, págs 68-80 Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano.
- EDIS (2000). *Necesidades, demandas y situación de las familias con menores (0-6 años) discapacitados*. Madrid: IMSERSO.
- GAT (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- GAT (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- GAT (2005). *Recomendaciones Técnicas para el desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Real Patronato sobre Discapacidad.
- Pérez-López, J. y Brito, A.G. (2004). *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ponte, J., Cardama, J., Armazón, J.L., Belda, J.C., González, T. y Vived, E. (2004). *Guía de Estándares de Calidad en Atención Temprana*. Madrid: IMSERSO.
- Shalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2004). *Retraso Mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R.L. y Verdugo, M.A. (2006). *Calidad de Vida*. Madrid: Alianza Editorial.

## Anexos

### Anexo I: Tabla Nivel III

<b>Eje</b>	<b>Eje VII Intervención en el niño</b>	<b>Eje VIII Intervención en la familia</b>	<b>Eje IX Intervención en el entorno</b>
<b>R E C U R S O S</b>	<b>7.a Personales del niño</b> <p>7.a.1 Motora/Psicomotora 7.a.2 Perceptivo-cognitiva 7.a.3 Comunicación 7.a.4 Autonomía personal 7.a.5 Personal-social 7.a.6 Otros</p> <b>7.b Institucionales del niño</b> <p>7.b.1 Discapacidad 7.b.2 Dependencia 7.b.2.1 Dependencia moderada 7.b.2.2 Dependencia severa 7.b.2.3 Gran dependencia 7.b.3 NEE 7.b.4 Otros</p>	<b>8.a Personales de la familia</b> <p>8.a.1 Cuidador principal 8.a.2 Apoyo al cuidador principal 8.a.3 Núcleo familiar 8.a.4 Familia extensa 8.a.5 Otros</p> <b>8.b Materiales de la familia</b> <p>8.b.1 Recursos materiales familiares 8.b.2 Otros</p>	<b>9.a Personales del entorno</b> <p>9.a.1 Amistades 9.a.2 Profesionales 9.a.3 Otros</p> <b>9.b Materiales del entorno</b> <p>9.b.1 Recursos materiales del entorno 9.b.2 Otros</p>
<b>N E C E S I D A D E S</b>	<b>7.c Necesidades en el niño</b> <p>7.c.1 Área motora/Psicomotora 7.c.2 Área cognitiva 7.c.3 Área de la comunicación 7.c.4 Área autonomía personal 7.c.5 Desarrollo socio-personal</p>	<b>8.c Necesidades en la familia</b> <p>8.c.1 Cuidador principal 8.c.2 Dinámica familiar 8.c.3 Información 8.c.4 Orientación familiar 8.c.5 Psico-educación 8.c.6 Derivación a otros recursos</p>	<b>9.c Necesidades en el entorno</b> <p>9.c.1 Intervención en el entorno relacional amplio 9.c.2 Intervención en el entorno escolar 9.c.3 Intervención en el entorno sanitario 9.c.4 Intervención en el entorno social y comunitario</p>
<b>A P O Y O S</b>	<b>7.d Profesionales para el niño</b> <p>7.d.1 Tipo A 7.d.2 Tipo B 7.d.3 Tipo C</p> <b>7.e Materiales para el niño</b> <p>7.e.1 Técnicas 7.e.2 Materiales</p>	<b>8.d Profesionales para la familia</b> <p>8.d.1 Tipo D 8.d.2 Tipo E 8.d.3 Tipo F</p> <b>8.e Materiales para la familia</b> <p>8.e.1 Económicas. 8.e.2 Comunitarias</p>	<b>9.d Profesionales para el entorno</b> <p>9.d.1 Tipo G 9.d.2 Tipo H 9.d.3 Tipo I</p> <b>9.e Materiales para el entorno</b> <p>9.e.1 Técnicas 9.e.2 Materiales</p>

## Anexo II: Glosario

### Eje VII

#### Eje VII: Intervención con el niño

##### 7.a Recursos personales propios del niño

###### 7.a.1 Área motora/psicomotora

Incluye el desarrollo de las estructuras y funciones motoras producto de la correcta maduración del SNC y osteo-articular-muscular, así como el desarrollo y adquisiciones psicomotoras: coordinación dinámica, coordinación estática, coordinación viso-manual, estructuración espacial, organización temporal, esquema corporal, lateralidad y control respiratorio

###### 7.a.2 Área perceptivo-cognitiva

Es la interacción entre la programación genética y el medio/entorno a través de los sentidos. En esta área se incluyen desde las funciones sensoriales, la atención, la memoria, el razonamiento, la simbolización, el procesamiento de la información, hasta el control del esquema corporal o las funciones espacio-temporales.

###### 7.a.3 Área de la comunicación

Incluye los procesos y las competencias necesarias para la representación mental mediada por el lenguaje y la expresión de éste en la interacción social; utilizando recursos gestuales, sistemas aumentativos o alternativos de comunicación y los componentes lingüísticos fonológicos, léxicos, sintácticos o pragmáticos.

###### 7.a.4 Área de la autonomía personal

Hace referencia a las capacidades de auto-cuidado e independencia personal en alimentación, sueño, vestido, limpieza, control de esfínteres, desplazamiento y movilidad de forma autónoma.

###### 7.a.5 Área Personal-social.

Las manifestaciones del desarrollo de la personalidad de cada niño en su ámbito emocional adecuadas a su etapa del desarrollo, las reacciones y procesos de adaptación ante las experiencias que le proporciona su entorno, la autorregulación de su conducta, la capacidad de establecer vínculos y el tipo de relaciones que va estableciendo con las personas que le rodean y sus habilidades sociales.

###### 7.a.6 Otros

Incluye aquellos aspectos singulares y característicos del niño que se consideren relevantes y en los que sobresale especialmente, con respecto a su promedio.

##### 7.b Recursos institucionales propios del niño

###### 7.b.1 Discapacidad

Se registra cuando el niño está en posesión del Certificado del Reconocimiento de la Condición de Discapacidad.

###### 7.b.2 Dependencia

Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

#### **7.b.2.1 Dependencia moderada**

Situación de dependencia moderada establecida por el equipo de valoración autorizado, resultado de la aplicación de la escala EVE.

#### **7.b.2.2 Dependencia severa**

Situación de dependencia severa establecida por el equipo de valoración autorizado, resultado de la aplicación de la escala EVE.

#### **7.b.2.3 Gran dependencia**

Situación de gran dependencia establecida por el equipo de valoración autorizado, resultado de la aplicación de la escala EVE.

#### **7.b.3 Reconocimiento educativo de la situación de NEE**

Se registra cuando el niño cuenta con un Dictamen de Escolarización emitido por los Equipos de Orientación Educativa, u organismo competente de Educación, para una atención específica en el ámbito escolar. Es decir, de alumno con Necesidades Educativas Especiales o similar denominación.

#### **7.b.4 Otros.**

En otros se registra la pertenencia o asistencia a cualquier tipo de ONG, asociación, fundación,... siempre y cuando le preste algún tipo de ayuda o apoyo que repercuta en una mejor condición de vida para el niño.

### **7.c Necesidades del niño**

#### **7.c.1 Área motora/Psicomotora**

Necesidad de potenciar el desarrollo de las estructuras y funciones motoras producto de la correcta maduración del SNC y osteo-articular-muscular, así como el desarrollo y adquisiciones psicomotoras: coordinación dinámica, coordinación estática, coordinación viso-manual, estructuración espacial, organización temporal, esquema corporal, lateralidad y control respiratorio.

#### **7.c.2 Área cognitiva**

Necesidad de potenciar la interacción entre la programación genética y el medio/entorno a través de los sentidos. En esta área se incluyen desde las funciones sensoriales, la atención, la memoria, el razonamiento, la simbolización, el procesamiento de la información, hasta el control del esquema corporal o las funciones espacio-temporales.

#### **7.c.3 Área de la comunicación**

Necesidad de potenciar los procesos y las competencias necesarias para la representación mental mediada por el lenguaje y la expresión de éste en la interacción social; utilizando recursos gestuales, sistemas aumentativos o alternativos de comunicación y los componentes lingüísticos fonológicos, léxicos, sintácticos o pragmáticos.

#### **7.c.4 Área autonomía personal**

Necesidad de potenciar las capacidades de auto-cuidado e independencia personal en alimentación, sueño, vestido, limpieza, control de esfínteres, desplazamiento y movilidad de forma autónoma.

#### **7.c.5 Desarrollo socio-personal**

Necesidad de potenciar las manifestaciones del desarrollo de la personalidad de cada niño en su ámbito emocional adecuadas a su etapa del desarrollo, las reacciones y procesos de adaptación ante las experiencias que le proporciona su entorno, la autorregulación de su conducta, la capacidad de establecer vínculos y el tipo de relaciones que va estableciendo con las personas que le rodean y sus habilidades sociales.

## **7.d Apoyos profesionales para el niño**

La **Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)** que para el niño equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente al niño”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

### **7.d.1 Tipo A**

Entre una y tres UMAT al mes.

### **7.d.2 Tipo B**

Entre cuatro y ocho UMAT al mes.

### **7.d.3 Tipo C**

Más de ocho UMAT al mes.

## **7.e Apoyos materiales para el niño**

### **7.e.1 Técnicos**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir el acceso a ayudas técnicas o intervenciones terapéuticas o educativas especializadas. Programas informáticos, etcétera.

### **7.e.2 Materiales**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir la eliminación de barreras y adaptación del entorno doméstico. Ordenador, tableros adaptados, mandos especiales, etcétera.

## Eje VIII

### Eje VIII: Intervención con la familia

#### 8.a Recursos personales de la familia

##### 8.a.1 Cuidador principal

El cuidador principal, ya sea la madre, el padre, un familiar o un tutor, es quien está en condiciones y tiene la responsabilidad de ejercer sus funciones de crianza y maternaje. Constituye la figura principal de apego. Se trata de las características personales físicas y psicológicas (capacidades, aptitudes y actitudes), materiales y de habilidades sociales necesarias para realizar su cometido.

##### 8.a.2 Apoyo al cuidador principal

Es el referente del cuidador principal, siendo la figura que por su situación individual y socio-familiar se convierte en el apoyo básico del cuidador principal.

##### 8.a.3 Núcleo familiar

Conjunto de familiares que conviven con el niño (padres, hermanos u otros) o que participan directa y regularmente en su crianza siendo responsables del niño aunque no se conviva cotidianamente con él (padres separados), estando el eje en el cuidador principal.

##### 8.a.4 Familia extensa

Aquellos familiares que no forman parte del núcleo, pero que por su cercanía, capacidades y actitudes pueden incidir en la dinámica familiar, el cuidador principal y del niño.

##### 8.a.5 Otros

En el caso de niños que vivan en Centros de Acogida, con familias de acogimiento temporal u otras instituciones, se contemplarán los recursos personales con especial atención a las figuras de los cuidadores (capacidades y actitudes, tiempo para el maternaje, permanencia del mismo cuidador), la dinámica de las interacciones del niño con los adultos y sus iguales y las actividades orientadas a la inserción social. Tutor legal, cuidador de hecho tipo canguro.

#### 8.b Recursos materiales de la familia

##### 8.b.1 Recursos materiales de la familia

Contempla los recursos materiales (vivienda, transporte, etcétera) de los que dispone el núcleo familiar, que les permiten una crianza adecuada de su hijo. Implica la ausencia de situaciones de penuria económica, laboral, etcétera.

##### 8.b.2 Otros

Recursos materiales ofrecidos/obtenidos mediante instituciones públicas (Salud, Educación, S. Sociales) ó privadas (ONG, asociaciones, etcétera).

#### 8.c Necesidades en la familia

##### 8.c.1 Cuidador principal

Necesidad de potenciar el apoyo emocional, de corresponsabilidad, coherencia educativa, de visión compartida y reparto de tareas que precisa el cuidador principal por parte de su figura de apoyo, otros familiares y amigos.

##### 8.c.2 Dinámica familiar

Necesidad de potenciar el apoyo social, de optimizar la organización en la vida cotidiana y la participación en el entorno, de mejorar la organización del entorno, de mejorar las relaciones entre los diferentes miembros del núcleo familiar y el desempeño de sus roles y habilidades orientados hacia el desarrollo del niño y la familia.

### **8.c.3 Información**

Necesidad de potenciar la información a las familias sobre los recursos asistenciales (públicos y privados). Información entre los diferentes ámbitos implicados (sanitarios, educativos y sociales) e información a la ciudadanía en general.

### **8.c.4 Orientación familiar**

Necesidad de potenciar el asesoramiento a la hora de tomar decisiones relevantes sobre la intervención con el niño, ajustes familiares y otras medidas originadas por la situación específica del niño. Con especial incidencia en la toma de realidad del diagnóstico y sus implicaciones.

### **8.c.5 Psico-educación**

Necesidad de potenciar la capacitación en técnicas básicas de resolución de conflictos en el ámbito familiar; capacitación en técnicas básicas de conducta que ayuden al control del entorno y entrenamiento en actuaciones de apoyo puntuales que favorezca la colaboración en el Programa Individual de Atención Temprana.

### **8.c.6 Derivación a otros recursos**

Necesidad de derivar a otros recursos asistenciales específicos de adultos para recibir apoyo o intervención. En el ámbito sanitario: relacionados con salud, prevención, control de medicación, utilización de dispositivos especiales (Unidades de Salud Mental, de Planificación Familiar, etcétera), en el ámbito de servicios sociales (equipos de mediación familiar), y en el ámbito educativo (equipos de valoración, de orientación familiar, etcétera).

## **8.d Apoyos profesionales para la familia**

La **Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)** que para la familia equivale a "una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente a la familia". No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

### **8.d.1 Tipo D**

Hasta una UMAT al mes.

### **8.d.2 Tipo E**

Entre una y tres UMAT al mes.

### **8.d.3 Tipo F**

Más de tres UMAT al mes.

## **8.e Apoyos materiales para la familia**

### **8.e.1 Económicos**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir el aporte económico que en un momento determinado pueden conceder las diferentes administraciones y que las familias reciben como apoyo a la crianza. Podemos encontrar: subvenciones indeterminadas, aportes para el transporte, para libros, para tratamientos privados, para ayudas técnicas, para alimentos, etcétera.

### **8.e.2 Comunitarios**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir todo tipo de aportaciones que ayuden a mejorar las condiciones de vida de la familia a nivel de vida cotidiana (electrodomésticos, enseres, transporte, etcétera).

# Eje IX

## **Eje IX: Intervención con el entorno**

### **9.a Recursos personales del entorno**

#### **9.a.1. Amistades**

Presta el apoyo denominado informal necesario para que los padres puedan cumplir de forma satisfactoria sus funciones de crianza.

#### **9.a.2. Profesionales**

Prestan el apoyo denominado formal necesario para que los padres puedan cumplir de forma satisfactoria sus funciones de crianza.

#### **9.a.3. Otros**

Instituciones, ya sean públicas (Servicios Sociales, Educativos, etcétera), o privadas (Grupos de Autoayuda, ONG, etcétera) que prestan el apoyo personal necesario para que los padres puedan cumplir de forma satisfactoria sus funciones de crianza. Incluiría el voluntariado.

## **9.b Recursos materiales del entorno**

### **9.b.1 Recursos materiales del entorno**

Los recursos comunitarios de los que disponen los padres y que les permiten una crianza adecuada de su hijo. Implica la existencia de recursos públicos o privados dirigidos a la infancia (Escuelas Infantiles, CDIAT, Centros de Acogida del Menor, familias de acogimiento, ludotecas, actividades deportivas, puntos de encuentro, etcétera).

### **9.b.2 Otros**

Recursos materiales ofrecidos/obtenidos de manera informal y que en un momento dado pueden necesitar (vecinos, personas altruistas, etcétera).

## **9.c Necesidades en el entorno**

### **9.c.1 Intervención en el entorno relacional amplio**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y gestión a nivel institucional, ya sea local, comarcal, provincial o autonómico. Referido al amplio abanico de áreas: educativas, administrativas, presupuestarias, etcétera.

### **9.c.2 Intervención en el entorno escolar**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y de gestión realizadas en las escuelas infantiles o en los colegios con unidades de educación infantil.

### **9.c.3 Intervención en el entorno sanitario**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y de gestión realizadas en los ámbitos de la Atención Primaria (Centros de Salud, Centros de Salud Comunitaria, Unidades de Apoyo a la Atención Primaria, etcétera) y de la Atención Especializada (hospitales, especialidades, etcétera).

### **9.c.4 Intervención en el entorno social y comunitario**

Necesidad de realizar actividades de coordinación y de gestión realizadas con colectivos (asociaciones de vecinos, de tiempo libre, ONG, centros de acogida, etcétera).

#### **9.d Apoyos profesionales para el entorno**

La **Unidad de Medida en Atención Temprana (UMAT)** que para el entorno equivale a “una sesión de cuarenta y cinco minutos de dedicación de los profesionales del propio CDIAT en un período de tiempo de un mes, destinada única y exclusivamente al entorno”. No se incluyen ni se contabilizan las atenciones o apoyos recibidos por otros servicios educativos, sanitarios, de otras personas o comunitarios.

##### **9.d.1 Tipo G**

Hasta una UMAT al mes.

##### **9.d.2 Tipo H**

Entre una y tres UMAT al mes.

##### **9.d. 3 Tipo I**

Más de tres UMAT al mes.

#### **9.e Apoyos materiales para el entorno**

##### **9.e.1 Técnicas**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir las ayudas que faciliten la autonomía y la movilidad de las familias, así como la facilitación del acceso a los recursos para el niño. En ocasiones son los recursos los que se deben desplazar hasta el niño o su familia. Programas informáticos para las escuelas infantiles, etcétera.

##### **9.e.2 Materiales**

Incluyen las actividades o gestiones para conseguir la intervención sobre el entorno físico y eliminación de barreras. La adaptación del espacio físico de las escuelas infantiles que posibiliten la asistencia del niño con dificultades físicas o sensoriales. Ordenador, tableros adaptados y mandos especiales en las escuelas infantiles, etcétera.

## Anexo III: Tabla ODAT completa

<b>Eje I Factores biológicos de riesgo</b>	<b>Eje II Factores familiares de riesgo</b>	<b>Eje III Factores ambientales de riesgo</b>
1.a. Prenatal 1.b. Perinatal 1.c. Postnatal 1.d. Otros	2.a. Caract. de los padres 2.b. Caract. de la familia 2.c. Estrés durante el embarazo 2.d. Estrés en periodo perinatal 2.e. Periodo postnatal	3.a. Exp. a entornos ambientales 3.b. Exp. a entornos sociales 3.c. Exp. a factores de exclusión social
<b>Eje IV Trastornos del desarrollo</b>	<b>Eje V Trastornos en la familia</b>	<b>Eje VI Trastornos en el entorno</b>
4.a. Trastornos en el desarrollo motor 4.b. Trastornos visuales 4.c. Trastornos auditivos 4.d. Trastornos psicomotores 4.e. Retraso evolutivo 4.f. Trastornos en el desarrollo cognitivo 4.g. Trastornos en el desarrollo de la comunicación y del lenguaje 4.h. Trastornos en la expresión somática 4.i. Trastornos emocionales 4.j. Trastornos de la regulación y del comportamiento 4.k. Trastornos del espectro autista 4.l. Plurideficiencias 4.m. Otros	5.a. Trastornos de la interacción 5.b. Tipos de relación familia-niño	6.a.a. Ausencia de cuidadores sensibles 6.a.b. Malos tratos y abusos 6.a.c. Negligencia 6.a.d. Institucionalización prolongada 6.a.e. Permanencia excesiva en guardería o escuela 6.a.f. Hacinamiento 6.a.g. Chabolismo 6.a.h. Violencia e inseguridad ambiental 6.a.i. Pobreza extrema 6.a.j. Estigmatización 6.a.k Confluencia de factores de exclusión
<b>Eje VII Intervención con el niño</b>	<b>Eje VIII Intervención con la familia</b>	<b>Eje IX Intervención con el entorno</b>
7.a Recursos personales del niño 7.b Recursos institucionales del niño 7.c Necesidades en el niño 7.d Apoyos profesionales para el niño 7.e Apoyos materiales para el niño	8.a Recursos personales de la familia 8.b Recursos materiales de la familia 8.c Necesidades en la familia 8.d Apoyos profesionales para la familia 8.e Apoyos materiales para la familia	9.a Recursos personales del entorno 9.b Recursos materiales del entorno 9.c Necesidades en el entorno 9.d Apoyos profesionales para el entorno 9.e Apoyos materiales para el entorno